

# La Conférence nationale de santé 1997

## Bilan et propositions

**Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins, la deuxième Conférence nationale de santé s'est tenue du 30 juin au 2 juillet 1997 à Lille.**

**L**a deuxième Conférence nationale de santé (CNS) a été marquée par la présence de Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité et de Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé.

### **Évaluation de l'impact des propositions de 1996**

La première partie de la CNS a été consacrée à l'évaluation de la CNS 1996. Les instruments, pour évaluer cet impact, sont ceux de la mise en œuvre des propositions de la CNS : rapport du gouvernement sur les orientations de la politique de santé, loi annuelle de financement de la sécurité sociale, contrat d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses d'assurance maladie ainsi que l'avenant annuel à ce contrat.

Les responsables des caisses d'assurance maladie, de la mutualité et des assurances ont indiqué les principales actions de promotion de la santé et de prévention mises en œuvre au cours de l'année 1997. Notamment, des moyens supplémentaires ont été donnés à la promotion de la santé.

Le directeur général de la Santé a pour sa part analysé l'impact des priorités de santé sur : le rapport du gouvernement au Parlement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1996, la convention d'objectifs et de gestion État-Caisse nationale d'assurance maladie et les actions de santé de l'État comme l'élaboration de projets de lois ou la réalisation d'études et d'évaluations.

Enfin, la CNS s'est « réjouit de l'attitude de fermeté annoncée par Bernard Kouchner concernant le respect scrupuleux de la loi Evin lors de la coupe du monde de football en 1998. Elle fait sien le principe selon lequel il n'est pas tolérable que des manifestations sportives, suivies par des publics de tous âges, servent de vitrine à des marques d'alcool ou de tabac. »

### **Rapports du Haut Comité de la santé publique**

La CNS a été ensuite informée de deux rapports du Haut Comité de la santé publique, l'un sur la santé des enfants et la

santé des jeunes, par le Professeur Albert Hirsch, l'autre sur l'allocation régionale des ressources et la réduction des inégalités en santé, par Jean-Claude Sailly (voir article page 4).

### **La synthèse des conférences régionales**

La contribution des régions au thème « santé des enfants, des adolescents et des jeunes » a été présentée par le docteur Matthieu Méreau.

Rappelons que les 26 conférences régionales de santé 1997 ont eu lieu du 24 avril au 4 juin 1997 et que leur mission était de faire le point sur les réponses apportées aux priorités régionales identifiées en 1996, de faire des propositions régionales, d'enrichir les débats de la conférence nationale sur le thème « santé des enfants et des adolescents » et de formuler des propositions sur l'organisation et les thèmes de travail des conférences ultérieures.

Un certain nombre de problèmes de santé et de déterminants a été mis en exergue par les différentes régions : les mauvais traitements à enfants, le mal-être des adolescents et ses conséquences, les problèmes de conduites à risque et de dépendance chez les jeunes...

L'environnement physique et social est un volet important des déterminants de santé pour l'ensemble des régions, comme par exemple les problèmes de nutrition en cantines scolaires ou le saturnisme et le logement insalubre.

Il apparaît nécessaire, pour la réalisation d'actions auprès des jeunes, de s'appuyer sur une vision positive de la santé, de favoriser leur expression et de recentrer les actions particulièrement sur les jeunes en difficulté.

Le partenariat, en tant que mode organisationnel des structures sanitaires et sociales est apparu dans la quasi-totalité des régions comme le meilleur moyen de privilégier une approche globale de la santé et d'assurer la continuité des prises en charge chez les jeunes. Il apparaît intéressant de développer des activités nouvelles, tant à l'hôpital que dans les quartiers ou à l'école. Par exemple la création de lieux d'écoute et de dialogue pour les jeunes doit être encouragée.

Enfin, les différentes régions ont insisté sur l'absolue nécessité d'assurer un suivi des conférences régionales de santé, et de mettre en place une organisation inter et intrarégionale, pour faire en sorte que les conférences régionales de santé soient plus qu'un rendez-vous annuel entre professionnels intéressés par les problèmes de santé de notre pays.

### **Renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes**

La CNS propose 18 mesures susceptibles d'apporter une contribution à l'amélioration de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes. Les objectifs de ces mesures se regroupent sous quatre thèmes.

#### **Faciliter l'adoption d'attitudes favorables à la santé**

- En faisant respecter les lois concourant à la protection de l'enfance et de la jeunesse, en particulier celles qui concernent l'alcool et le tabac.

### **Quatre thèmes de travail**

Parmi les dix priorités identifiées l'an dernier, le bureau de la Conférence nationale de santé avait privilégié quatre thèmes de travail :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé de l'enfance à l'adolescence,
- Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers,
- Réduire les accidents iatrogènes évitables et prévenir les infections nosocomiales,
- Réduire les inégalités inter et intrarégionales face à la santé.

Seuls les deux premiers thèmes ont abouti à l'écriture de rapports définitifs, des rapports intermédiaires ont été réalisés pour les deux derniers thèmes, ces sujets étant prévus pour être traités sur deux ans. Les réflexions produites sur ces quatre thèmes ont fait l'objet de travaux en commissions avant d'être définitivement adoptés en séance plénière.

- En expérimentant pour les enfants et les jeunes de nouveaux programmes nationaux et locaux de communication intégrant la prévention des risques ciblés dans une approche globale de la santé.

- En introduisant un programme de vingt heures annuelles d'éducation pour la santé tout au long de la scolarité.

- En promouvant un dispositif large d'information et d'appui à la population, sur des questions concernant la santé des enfants et les réponses qui peuvent y être apportées localement.

- En mettant en place un enseignement et un cursus universitaire en prévention, éducation et promotion de la santé.

#### **Adapter les services sanitaires et sociaux aux besoins actuels des enfants, des jeunes et de leurs familles**

- En complétant la préparation à l'accouchement par une préparation à la naissance et à la parentalité dans une approche pluridisciplinaire.

- En permettant un meilleur accès à la surveillance prénatale et au suivi postnatal des femmes les plus vulnérables.

- En augmentant le nombre de lits « mère-enfants » spécialisés.

- En soutenant dans leurs missions les services de protection maternelle infantile (PMI).

- En élargissant les possibilités de garde familiale et professionnelle, individuelle et collective, en veillant à leur qualité.

- En transformant la politique des bilans systématiques de santé dans le parcours scolaire, en insistant sur le bilan de quatre ans en maternelle, et en assurant la liaison entre PMI, service de promotion de la santé en faveur des élèves, médecine ambulatoire et secteur préventif en santé mentale.

- En adaptant aux adolescents et aux jeunes les lieux de soins, en renforçant les lieux d'accueil et de suivi.

- En développant le service de promotion de la santé en faveur des élèves, en orientant davantage son activité sur des actions collectives, sur l'écoute, le repérage et le suivi des enfants en difficulté et en danger, dans le cadre d'un partenariat avec les autres structures de prévention et de soins.

- En définissant mieux les missions, et donc la formation, des médecins et de tous les intervenants dans le champ médico-psycho-social de la santé des adolescents et des jeunes.

#### **Créer un environnement favorable au développement physique, mental et social des enfants, des adolescents et des jeunes**

- En intégrant la dimension santé dans

l'aménagement des rythmes et de l'environnement scolaire (restauration, activités, transports...).

- En relançant la politique de la jeunesse dans les domaines de la santé, du logement, des loisirs, de la formation et de l'emploi ; tant la santé des jeunes est en relation étroite avec leur insertion dans la société par un projet de vie.

**Simplifier les dispositifs et financements multiples dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé**

- En fédérant, sur la base d'une coordination régionale, les principales institutions et organisations de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.
- En déposant un projet de loi d'orientation qui préciserait les compétences et organiserait les financements dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

**Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers**

La CNS 1997 a pris le cancer comme exemple de maladie pour laquelle une organisation optimale des soins est indispensable. Les membres de la CNS ont préconisé de prévenir simultanément les risques de cancer et de maladies cardiovasculaires par des incitations positives portant sur certains choix alimentaires (aliments moins riches en graisses et en calories et plus riches en légumes et en fruits) et encourageant l'abstinence tabagique et la maîtrise de la consommation d'alcool. La CNS a également insisté sur la nécessité d'offrir aux malades cancéreux une prise en charge multidisciplinaire concertée, pour que tous aient accès à des soins de qualité et de proximité. Toute démarche de prévention et de promotion de la santé devrait se développer de manière concertée entre tous les acteurs, dans le cadre de programmes régionaux de santé, en s'appuyant notamment sur l'éducation nationale et les proches généralistes en éducation pour la santé.

Suite p. 6

# Rapports du Haut Comité de la De l'expertise au

**Les réflexions des membres de la CNS ont été largement inspirées des conclusions des rapports du HCSP relatifs à la santé des jeunes et à l'allocation régionale des ressources.**

**E**n se référant aux priorités de santé publique retenues par la Conférence nationale de santé, le Haut Comité définit, en plein accord avec le bureau de la CNS, les thèmes qu'il développera dans son rapport annuel à la CNS.

Chaque thème fait l'objet d'un rapport établi par un groupe de travail comptant un nombre important d'experts extérieurs. Compte tenu des délais impartis, obligatoirement courts (6 à 8 mois), tous les aspects des rapports ne peuvent être traités avec le même degré d'exhaustivité.

Ceci a pour conséquence de laisser une place importante aux possibilités de débats au sein de la Conférence nationale.

Il semble aujourd'hui de plus en plus clair que le dispositif prévu par les ordonnances de 1996 suppose que le travail d'expertise effectué en amont par le Haut Comité ouvre largement la voie à de multiples axes de réflexions et de discussions de scénarii alternatifs lors de la Conférence nationale.

C'est dans cette perspective qu'il convient d'examiner les deux rapports soumis à la CNS 1997 autour des thè-

mes « santé des enfants, santé des jeunes » sous la responsabilité de A. Hirsch et « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé » sous la responsabilité de Jean-Claude SAILLY. La coordination de la rédaction a été assurée par Lucie Degail.

**La santé des jeunes**

Il n'est pas simple de qualifier en quelques mots *l'état de santé des enfants et des adolescents*, qui n'est ni catastrophique comme cela a pu être dit, ni sans problèmes comme semble l'indiquer la benignité apparente de la plupart des affections somatiques qu'ils présentent.

En fait, les indices de mortalité des 15-24 ans ne sont pas bons en France en comparaison aux autres pays européens. Il en est de même de leur mortalité par accident, et de celle, déclarée, pour dépression, prise de somnifères ou de produits toxiques...

L'étude du rôle de l'environnement (familial et social) sur la santé des enfants et l'analyse critique des dispositifs institutionnels de prise en charge conduisent à définir quatre axes de développement d'une politique de santé en faveur des enfants et des jeunes.

Le premier axe privilégie le développement harmonieux de l'enfant en s'appuyant sur la famille d'une part, le milieu scolaire d'autre part.

Beaucoup d'initiatives peuvent être envisagées et discutées :

- Intégrer l'éducation des parents dans la politique familiale

# santé publique à la Conférence nationale de santé

## débat

**Pierre Ducimetière**  
Vice-président du HCSP

- renforcer les services de PMI
- développer des aides à la résolution des conflits familiaux
- introduire une véritable éducation pour la santé à l'école.

Le second axe nécessite le développement de la détection précoce des enfants et des adolescents en difficulté.

La formation des professionnels de l'enseignement et de la santé sur ce point est essentielle. La continuité du suivi entre 4 et 6 ans doit être assurée, et se poursuivre, si nécessaire, jusqu'à l'adolescence...

Une coordination entre les intervenants dans chaque établissement s'avère nécessaire et requiert une vigilance particulière afin d'éviter la stigmatisation des enfants en difficulté...

Le troisième axe est celui de la formation des intervenants. Ne faudrait-il pas mettre en place une formation pour les parents ? Former les maîtres à l'éducation pour la santé afin qu'ils soient eux-mêmes en mesure de l'enseigner. Approfondir la formation des professionnels de santé concernant les processus de construction de la personnalité, la connaissance des troubles psychoaffectifs de l'enfant... Favoriser le travail en réseau impliquant également les travailleurs sociaux, les psychologues...

Par ailleurs, les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes doivent être développées :

- Améliorer la qualité des données systématiques (certificats de décès...),
- réaliser des études longitudinales,
- évaluer l'impact des interventions entreprises...

Des domaines comme la maltrai-

tance sont aujourd'hui insuffisamment connus.

De telles propositions doivent s'intégrer dans une politique globale qui, seule, peut permettre de dépasser les cloisonnements structurels introduits par les découpages en classes d'âge et favorisés par la multiplicité des ministères et des administrations concernés.

Une redistribution des missions et des services entre les divers niveaux territoriaux pourrait être examinée.

Enfin des structures décentralisées, peut-être régionales, devaient permettre d'assurer la cohérence des actions de terrain menées en faveur de la santé des jeunes.

### **Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités**

Le rapport transmis à la CNS sur « *l'allocation régionale des ressources et la réduction des inégalités de santé* » est un rapport d'étape puisque les conclusions et propositions du groupe de travail ne seront remises qu'en 1998. Il permet cependant de bien fixer les données du problème.

La répartition régionale de l'enveloppe des dépenses d'assurance maladie votée par le Parlement peut-elle permettre d'entraîner, en rétablissant progressivement l'égalité des ressources entre régions, une réduction des inégalités des états de santé ?

Cette question, en apparence très logique, soulève en fait de nombreuses difficultés ! Les déterminants de la santé ne sont-ils pas plus à rechercher dans le domaine de l'environne-

ment des populations, de leurs comportements et leurs modes de vie que dans celui du volume des soins hospitaliers et ambulatoires qu'elles consomment ?

Or c'est bien le montant des ressources affectées à ces seuls domaines qui peut être décliné au plan régional d'après les ordonnances de 1996.

Par ailleurs n'est-il pas possible qu'une partie importante des difficultés de santé puisse être recherchées dans l'accès différentiel aux soins des populations plutôt que dans le volume total de l'offre ?

Ne conviendrait-il pas de tenir également compte des possibilités réelles du système de soins régional à orienter efficacement un supplément de moyens vers un objectif non ambigu d'amélioration de la santé ?

Une grande prudence s'impose donc dans la ventilation de l'offre régionale de soins qui ne saurait automatiquement corriger les écarts de santé. Cependant en tenant compte du poids des maladies et des handicaps dans la population des régions, peut-elle permettre au moins d'éviter d'augmenter les inégalités engendrées par d'autres facteurs ! Une meilleure connaissance régionale des indicateurs de santé et le développement des concertations régionales (conférences, agences, unions...) devraient permettre, si un certain degré de fongibilité des enveloppes sectorielles était possible, une répartition plus équitable de l'offre de soins. Des propositions seront sans doute faites dans le rapport final afin de se rapprocher de cet idéal. ■

Suite de la page 4

Les dépistages, dont la qualité devra systématiquement être évaluée, pourraient être inscrits dans des contrats de suivi pluriannuels signés entre un médecin référent et la personne concernée. Ils devraient être orientés vers les risques des personnes au lieu de l'être vers une maladie dans un organe. La prise en charge de qualité dont devraient bénéficier tous les patients à qui l'on découvre un cancer ne peut être obtenue, selon la Conférence nationale de santé, que par une concertation multidisciplinaire et par la mise en place de réseaux accrédités en cancérologie. Elle préconise une harmonisation des modalités de prise en charge tarifaire des médicaments anticancéreux entre les différents secteurs de distribution des soins.

### **Diminuer l'incidence des affections iatrogènes et des infections nosocomiales**

La CNS recommande de généraliser et de renforcer les dispositifs de lutte contre les infections nosocomiales et d'affiner les connaissances sur les résistances bactériennes aux antibiotiques et les infections nosocomiales virales au même titre que pour les infections nosocomiales bactériennes.

À propos des accidents iatrogènes la CNS propose de coordonner les différentes études et sources d'information et d'harmoniser les dispositifs de vigilance. Le rapport intermédiaire de la CNS, dans l'attente pour 1998 de l'expertise collective de l'Inserm sur les accidents iatrogènes, énumère les études nécessaires pour qualifier et quantifier le phénomène des affections et les principaux moyens utilisables pour les prévenir. La mise en place de programmes d'actions auprès des acteurs de santé pour leur faire prendre conscience des accidents évitables, comme l'information du public sur le bon usage du médicament (en particulier sur les dangers de l'automédication ou les risques de la pluri-prescription), est apparue comme des propositions importantes. Enfin, la CNS a proposé de renforcer avec l'industrie pharmaceutique les dé-

marches concernant : le conditionnement du médicament le mieux adapté aux prescriptions, la révision des notices d'utilisation facilitant la prescription médicale, l'amélioration du contrôle des campagnes de promotion et d'information faites auprès des médecins.

### **Réduire les inégalités de santé inter et intrarégionales**

Le rapport intermédiaire de la CNS, dans l'attente pour 1998 des propositions du HCSP, constate qu'aujourd'hui il y a simultanément une insuffisance de données, des difficultés de coordination des producteurs d'information, et des défauts de mise en commun. Ceci entraîne des difficultés, d'une part, pour effectuer une bonne approche des inégalités, d'autre part, pour justifier pleinement les allocations de ressources. À ce sujet, il est nécessaire de ne pas se limiter à des redistributions uniquement basées sur des arguments comptables, mais d'inclure dans les décisions des exigences de qualité des soins et de ne pas les disjoindre des préoccupations économiques.

Suite au constat ci-dessus, la CNS souhaite qu'il y ait transparence sur l'action du gouvernement, notamment sur les redistributions intersectorielles et interrégionales. D'autre part, la CNS propose que le Parlement accorde dès l'année 1998 au ministère de la Santé les moyens spécifiques et nécessaires à l'amélioration de la collecte des données ainsi qu'à la recherche et au développement de nouveaux indicateurs au niveau inter et intrarégional.

D'un point de vue plus prospectif, les exemples d'inégalités que la CNS souhaite voir documentés par les institutions sont l'accès aux soins, la démographie médicale, les structures de soins, et le redéploiement des moyens humains.

### **Régionalisation et diversification des modes d'exercices**

En clôturant ces journées, Bernard Kouchner a insisté sur la « régionalisa-

*tion des structures sanitaires et sociales », en reconnaissant la région comme « un bon niveau d'action ». Il a ensuite énoncé deux priorités. La première est la nécessité de « redonner à la santé publique la place qui lui revient » c'est-à-dire « accorder la priorité à la réduction des risques », qu'ils soient « liés au tabac et à l'alcool » ou à la « toxicomanie, y compris médicamenteuse ». La deuxième est « une approche diversifiée des modes d'exercices » : « Il faut remettre en cause le clivage entre le secteur sanitaire et le secteur social », « il faut développer les réseaux d'accueil et de prise en charge globale », enfin « il faut associer hôpital et médecine de ville et créer des passerelles entre les professions ».* ■

### **Emmanuel Guin**

Interne de santé publique,  
Bureau SP 1,  
direction générale de la Santé